

# FAKULTNÍ NEMOCNICE v MOTOLE

*Oddělení krevní banky*

150 06 Praha 5 - Motol, V Úvalu 84

☎ 22443 5177 nebo 5179, Fax: 22443 5176

## ŽÁDANKA O PROVEDENÍ EXTRAKORPORÁLNÍ FOTOCHEMOTERAPIE - ECP

**Pacient:**

**Rodné číslo:**

**Dg:**

**Pojišťovna:**

**Výkon:** Urgentní      Datum výkonu:  
          Plánovaný      Datum výkonu:  
          Výkon:          Série:

### Základní informace o pacientovi:

**Krevní skupina:**.....

**Hmotnost:**.....

**Výška:** .....

### **Výsledky serologie: odběr dne:**

-antiHIV 1+2,p24:	o neg	o jiné
-HBsAg:	o neg	o jiné
-antiHBc:	o neg	o jiné
-anti-HCV:	o neg	o jiné
-Syfilis (TPPA, RPR):	o neg	o jiné

**Alergie:**.....

**Potransfuzní reakce:**.....

**Závažné komorbidity:**.....

**Současná medikace** (včetně antikoagulačních přípravků a ACE inhibitorů):

**Epikríza:**

Vyplnil a za správnost údajů odpovídá:

dne: